

BEBES EN RIESGO DE MUERTE AL NACER: ¿DIAGNÓSTICO O SENTENCIA?

Jorge Cantis 1 Presentado en la XXXII Jornada Anual “Encrucijadas Diagnósticas en el Psicoanálisis de Niños y adolescentes” Universidad del Salvador 26 y 27 de Septiembre 2008

Introducción

El nacimiento de un hijo conlleva una serie de expectativas vinculadas en primera instancia con la salud, estado de integración física y de ideales vinculados con el hijo imaginario ahora enfrentados con el hijo real y concreto.

Muchas veces los padres se encuentran frente a una situación muy compleja que son complicaciones físicas severas en el nacimiento de su hijo, niños con riesgo de muerte al nacer.

En esta complejidad se tratará mi trabajo, desde la óptica de los padres, del bebe y del profesional que acompaña esta situación.

En la literatura de Freud encontramos esta temática muy poco desarrollada, sin embargo en el “El hombre de los Lobos” (1918) cuando se refería a la “dócil apatía” la hacia presuponer situaciones de desvalimiento temprano, como lo indican, por ejemplo su grave enfermedad del primer año de vida (infección pulmonar), que casi lo condujo a la muerte y hasta lo dieron por muerto y luego su anorexia posterior.

Desarrollo del Trabajo:

Pensar en el riesgo de muerte desde la perspectiva del niño nos convoca a reflexionar que huella mnémica ha quedado de esta situación, que marca en cuestión se ha jugado de su constitución psíquica ya que nos estaremos refiriendo a sujetos en el momento del yo real inicial.

Cuando se asiste a un neonato gravemente enfermo la mayor preocupación es seguramente la supervivencia del pequeño pero inmediatamente después uno se pregunta como será la vida del niño que sobrevive. Muchas veces los padres a partir de esta situación llaman a su hijos con los nombre de Salvador, Milagros , Esperanza Un paso importante en el campo del pronóstico del bebe en riesgo se produjo con la introducción de los nuevos métodos neuro-diagnósticos por imágenes.

En los ochenta el estudio en profundidad y secuencial en vivo del cerebro de los neonatos en riesgo implicó un notable enriquecimiento sobre los conocimientos de los procesos patológicos dependientes del sistema nervioso central.

Los bebes de peso sumamente bajo y de edad gestacional muy baja tienen mayor riesgo de desarrollar patologías cerebrales de naturaleza hemorrágica y o isquémica.

Los bebés prematuros y recién nacidos de alto riesgo neuro-psíquico-social por lo general sufren problemas respiratorios(anoxia) y la asistencia a estos bebes reviste por ende problemáticas complejas por la invasividad de las terapias que deben aplicarse: la llamada isla neonatal (incubadora, un número de tomas eléctricas, fuentes de aire de oxígeno y aspiración, mensulas y otros instrumentos técnicos.) (Marcelli 2000) Toda esta situación genera una gran intrusión al yo del bebe en formación.

2 Otro aspecto importante vinculado con bebes en riesgo es el tema del dolor.

Dolor:

Las investigaciones del dolor en los prematuros han evolucionado desde que las vías del dolor no están maduras (1943) hasta que el bebé con 20 semanas de nacimiento existen una percepción cutánea muy madura en la boca y las extremidades (1980) El bebe no obstante, no puede verbalizar su dolor, del cual no tiene conciencia pero lo registra en forma de engramas de memorias.

Esas memorias representadas en su mente y en su cuerpo, serán incorporadas a su individualidad como parte de su historia. El dolor puede no ser recordado pero las experiencias a él asociadas lo son.

Aislado en la incubadora, con el cuerpo tenso, el rostro crispado, sin ser reconfortado por el regazo de la madre o por la voz que disminuya su dolor, que regule sus ritmos y apacigüe su angustia, el bebé solo podrá investir a su madre si ella permanece a su lado y una madre solo podrá investir a su hijo si siente investida por él.

Para sintonizar con las emociones del hijo y dejarse llevar por sus ritmos debe tocarlo y sentir el tranquilizante poder de su apego.

Los prematuros se vuelven frecuentemente hiperactivos pues tratan de adaptarse a ese medio hiper-estimulante y son sometidos a estímulos similares provenientes de su interior.

Es importante detectar como retorna en el niño estas vivencias del dolor.

Vulnerabilidad y Pulsión de Sanar:

El riesgo de muerte cercana nos remite al concepto de vulnerabilidad como estado de indefensión en que el trauma físico como concepto económico implica la imposibilidad de tramitar tanto las incitaciones endógenas como las exógenas.

En esta situación el bebe se encuentra inerme y su núcleo radica en una significativa desvitalización. La desvitalización nos remite a los estados de vulnerabilidad física y psíquica en los niños con riesgo de muerte.

En la vulnerabilidad física es importante tener en cuenta como juega la pulsión de sanar ó sea la disposición a la curación, la potencia que uno puede tener, mayor o menor, para la lucha por la propia vida.

Al respecto en el desvalimiento temprano es importante determinar la alteración interna como modo de procesamiento de la pulsión.

Freud contrapone desde el comienzo la alteración interna a la acción específica, siendo esta última la que permite una modificación acorde a fines en la fuente pulsional.

Es importante determinar en estos niños, la tendencia a la lucha por la recuperación y el equilibrio vital y que muchas veces es autónomo de la gravedad de la afección orgánica que tengan.

Me refiero, como algunos niños tienen un diagnóstico más grave desde el punto de vista físico pero psíquicamente están mejor y en otros, se la cuestión inversa.

Por eso en estas severas fallas es importante determinar las dificultades o limitaciones para el procesamiento de las exigencias pulsionales.

Todo esto hace difícil la tramitación de las exigencias pulsionales y hace de drenaje de la propia tensión vital. Entonces uno tiene magnitudes en unas fuentes el drenaje es mayor, en otras es menor.

La vulnerabilidad psíquica nos remite al drenaje expresado como desvitalización anímica, nos remite al origen en el trauma, cuyo rasgo de carácter en la patologías tempranas tiene dos funciones: la primera la de frenar el trauma como medida precautoria y la segunda al mismo tiempo esencialmente interna perpetuarla.

Esa se manifiesta como rasgo de carácter abúlico en el niño con patologías tempranas o sea la perpetuación de un momento que el niño estuvo a punto de morir o la perpetuación de los momentos agónicos. (Extrema pasividad como retorno) Reedición de estados de desamparo e indefensión.

F: Doltonos dice que cada bebe posee desde un primer momento una manera diferente de estar en el mundo y pueden, aunque padezcan las mismas dificultades, dejarse morir o luchar desde el día de su nacimiento con una fuerza increíble por la vida.

Dolto dice que esta fuerza tiene origen en un momento anterior al nacimiento, en el período del embarazo, tal vez su fuente sea también el deseo de los padres en el momento de la concepción, el deseo de morir o de vivir siempre está vinculado con la historia del sujeto, incluso algunas veces esta historia puede llegar a remontarse a varias generaciones anteriores. Ej: “ese hijo no tenía que nacer”

Como retorna el dolor en los niños

Aparece como una tendencia a bajar los brazos, súbito estado de somnolencia o cansancio que irrumpe.

Son niños hipertónicos: como una tentativa de salir de un estado más elemental de hipotonía. Hay un momento en el que el cuerpo se relaja mucho y hay un estado de flojedad que para algunos niños es un riesgo de quedarse hipotónico y no poder salir de la hipotonía. Entonces hay niños que se despiertan en medio de una crisis de angustia o se ponen hipertónicos o dicen que no descansan, porque están todas las noches a la defensiva. Están crispados de noche, en fin hay muchos, tienen que ver con el momento de dormir profundo.

Además es importante discriminar el dolor de la vivencia de dolor. En el dolor no hay cualidad, existe el drenaje libidinal como hemorragia (es más pasiva) en cambio en la vivencia de dolor la tensión irrumpe es soportable, es descarga (es más activa)

Los padres y los hijos con riesgo de muerte

Desde la perspectiva de los padres respecto del riesgo de muerte al nacer en su hijo encontramos dos reacciones específicas: desinvertidura, en que los padres defensivamente oscilan entre desinvertir a este hijo y reinvertirlo en medio de una crisis de angustia.

Viñeta clínica: La mamá de Nahuel de 3 años y 6 meses llega a la consulta psicoanalítica comentando su preocupación con su hijo por las pesadillas nocturnas y llanto inmotivado “y que nació a los 6 meses como prematuro extremo” La única que se dio cuenta fui yo antes del embarazo, antes del nacimiento estaba muy angustiada, el bebe se movía mucho” “Era una transfusión feto-materno” “El me mandaba la sangre a mi, igual se estaba muriendo (había incompatibilidad sanguínea), no me daban chance de vida, solo el 30% de vida” “Estuvo internado en T. N. I. Por 82 días, pero por suerte me dejaron entrar bastante y luego me diagnosticaron parálisis cerebral” “Todo el tiempo recuerdo lo vivido, no me lo puedo sacar de la cabeza”

En esta viñeta clínica podemos conceptualizar el riesgo de muerte del hijo en una situación traumática que deja un residual como indicador. En esta situación traumática la conciencia y la atención en los padres quedan invadidas por las características del trauma en cuanto a la magnitud.

¿Cómo procesan los padres las incitaciones endógenas y exógenas? Los padres quedan invadidos por el riesgo de muerte de su hijo y podemos pensar esta situación objeto intrusivo que se introduce en la vida pulsional y aparece en los padres y en la familia extendida, una pulsión no propia sino ajena. Es una pulsión injertada.

Por las características de lo desmesurado de la situación traumática reproduce una alteración del yo y la pulsión.

Toda esta problemática nos remite al concepto de Neurosis traumática familiar:
(Maldavsky D., 1999)

En estas situaciones se produce una amplia y profunda perturbación en la economía libidinal familiar, implica numerosos cambios en los proyectos vitales y un reordenamiento de los conflictos previos a la aparición de la enfermedad filial.

Es importante preguntarse en estas situaciones hasta donde la economía pulsional se ha la cerrada, protegida del mundo. En efecto, en estas perturbaciones de la economía pulsional familiar la afección del bebe prematuro se vuelve una fuente estimulante intrusiva para el conjunto, por lo cual se hace necesario pensar en una comunidad orgánica pulsional

El terapeuta frente a los riesgos de muerte de los niños:

Una de las problemáticas en el campo de los niños sobrevivientes es la tendencia a la inoculación del carácter de excepción por parte del paciente y su grupo familiar.

El carácter de excepción consiste en que la persona afectada y su grupo familiar se siente con el derecho a pasar por encima de los reparos que detienen a otros y la discapacidad aparece como sentimiento de injusticia y afán de venganza.

Muchas veces frente a esta situación planteada los terapeutas se indiscriminan pasando de la lástima a la autolástima con lo cual fracasa el proceso de empatía. Y esto es un gran indicador de agotamiento profesional enmascarado (Cantis J, 2008)

La herida narcisista del terapeuta lo lleva a realizar intervenciones inadecuadas estableciéndose una alianza nefasta con la imposibilidad del otro. Su sentimiento de autolástima lleva a que se extienda el problema especialmente en el marco institucional, donde se va expandiendo hacia los niveles directivos, los cuales recíprocamente sienten lástima por los profesionales que asisten a pacientes desvalidos y a su vez estos directivos buscan o despiertan lástima en las instituciones gubernamentales o en las O.N.G. Todo esto tiene un gran costo social en lugar de una efecto revitalizante.

También este sentimiento de lástima hacia el profesional se extiende a los familiares de aquellos terapeutas que asisten a personas discapacitadas

Lo identificatorio se manifiesta en una clara desvitalización anímica del terapeuta que se expresa en somnolencia en la sesión con el paciente o en ataques de irritabilidad con el paciente con el objetivo de sacarlo de la apatía y el desamparo. Además las manifestaciones somáticas (mareos, alergias, taquicardia, problemas digestivos) son una clara expresión de la identificación con la angustia del paciente. Ej: esto será un mal recuerdo.

Todas estas manifestaciones del terapeuta lo llevan a intervenir con el paciente en dos modalidades: en una forma hostil e irritable (intervención intrusiva) o en una forma apática y somnolente (intervención con falta de cualificación por parte del terapeuta); en ambas situaciones el profesional pierde la meta clínica hacia adonde se dirige.

Como defensa del proceso identificatorio encontramos en el terapeuta una marcada tendencia al furor curandi o su contrapartida, que se presenta desahuciando al paciente.

En la actitud de desahuciar se observa claramente un proceso de desinversión en la que el terapeuta desaloja de su mente al paciente. Pero lo más complicado es la actitud

cínica de algunos terapeutas que habiendo desahuciado al paciente lo siguen atendiendo; todo esto se liga con cuestiones éticas y con una identificación con el paciente, pues en el fondo el terapeuta siente que la persona discapacitada no tiene esperanza respecto de él, ya que el desahuciarlo tiene que ver con una falta de futuro. Y esa mezcla entre desahuciar y seguir atendiendo sin esperanza daña mucho al terapeuta porque no termina creyendo en aquello en lo que se formó.

También podemos hablar de un atrapamiento clínico donde el terapeuta pasa a ocupar inadvertidamente el lugar de un personaje en una escena traumática del paciente. Por ejemplo en los adolescentes con retardo, que relatan que en la casa todos le gritan y el terapeuta se descubre a sí mismo gritándole. El terapeuta está metido en una escena promovida por el paciente. Muchas veces el terapeuta no lo descubre y queda atrapado (Maldavsky, D. 2007).

Otra forma de atrapamiento clínico se produce cuando los pacientes lentificados promueven la impaciencia del terapeuta y esto sucede por angustia de contagio.

Tan importante es el entrar en el atrapamiento clínico como la capacidad de rescatarse y en la medida que el terapeuta pueda rectificarse se evita el agotamiento profesional.

Liberman (1962) plantea como operacionalizar la alianza terapéutica lo cual sucede cuando un terapeuta que aborda cuestiones oportunas se encuentra con un paciente que acuerda con él, pero cuando el terapeuta aborda cuestiones inoportunas el paciente lo orienta hacia cuestiones oportunas.

Los pacientes discapacitados al principio de un proceso psicoterapéutico suelen tener rasgos caracterológicos muy marcados tendientes a mantener un estado de parálisis o de nivelar hacia abajo, por lo tanto es importante tener en cuenta que el terapeuta muy a menudo debe rescatarse de los pacientes que desorientan la meta clínica. (Cantis J, 2008)

Bibliografía:

- Cantis Jorge (2008) “Agotamiento profesional y traumatización en el campo de la discapacidad” Actualidad Psicológica N° 362
- D´Avila Rodolfo (Compilador) (2001) “El dolor : un enfoque interdisciplinario “ Editorial: Paidós
- Fava Vizzielloi ; C, Zorzi ; M Bottos (1993) “ Los hijos de las máquinas” Editorial: Nueva Visión
- Helman Viviana y Villanueva Marcelli (2000) “Niños prematuros . La clínica de lo prematuro- de la Medicina al Psicoanálisis – Lugar Editorial
- Maldavsky David (1992) “Teoría y Clínica de los procesos tóxicos “ . Editorial: Amorrortu
- Mathelin Catherine (2001) “La sonrisa de la Gioconda. Clínica psicoanalítica con bebés prematuros “ Editorial: Nueva Visión.